

ALLERGIE A FARMACI – SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Il/La sottoscritto _____
genitore dell'alunno _____ classe _____

DICHIARA

Che il proprio figlio/a è affetto dalle seguenti **allergie a farmaci**

Farmaci salvavita da somministrare abitualmente (allegare certificato medico) e posologia

Altri farmaci in caso di necessità (es.: influenza, mal di testa...) anche mediante consenso telefonico

**N. B.: QUALSIASI FARMACO DEVE ESSERE FORNITO DAL GENITORE AL PROPRIO FIGLIO/A (I DOCENTI NON POSSONO, IN ALCUN MODO FORNIRE PROPRI FARMACI AGLI/ALLE STUDENTI/ESSE)
IL FARMACO DEVE ESSERE CUSTODITO DALLO/A STUDENTE/ESSA E ASSUNTO ALLA PRESENZA DEL DOCENTE.**

Aprilia _____ Firma _____

DA CONSEGNARE AL DOCENTE ACCOMPAGNATORE

SPAZIO PER ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO

ALLERGIE E/O INTOLLERANZE E/ RESTRIZIONI ALIMENTARI

Il/La sottoscritto _____

genitore dell'alunno _____ classe _____

DICHIARA

Che il proprio figlio/a è affetto dalle seguenti allergie e/o intolleranze e/o restrizioni alimentari:

Aprilia _____ Firma _____

DA CONSEGNARE AL DOCENTE ACCOMPAGNATORE